

Brainhealth, Dr. rer.nat. Kaiser-Röhrich, Finsinger Au 3,85570 Markt Schwaben/Pliening

Behandlungsvertrag und Datenschutzvereinbarung (DS-GVO)

Incl. Fernberatung

zwischen

Klient/in (<18J der Erziehungsberechtigte) _____,

geb. _____

Str./Nr. _____, PLZ/Ort _____

Email: _____, Tel.: _____

und

Dr. rer.nat. Sabine Kaiser-Röhrich

§ 1 Vertragsgegenstand

Der Klient nimmt ein(e)

in Anspruch einschließlich der dazu notwendigen Diagnose- und Testverfahren.

Dabei können außer den wissenschaftlich anerkannten auch solche Verfahren Anwendung finden, denen eine schulmedizinische Anerkennung fehlt und die den Regeln alternativen Methoden folgen. Die Behandlung kann in Form einer persönlichen Begegnung in der Praxis / bei einem Hausbesuch erfolgen oder auch in Form einer Telefon- / Videosprechstunde.

§ 2 Honorar/Preisliste

Das Honorar berechnet sich nach dem jeweiligen Zeitaufwand der Behandlung. Vereinbart wird eine Vergütung von 120 € je 60 Minuten. Das Honorar ist unmittelbar zur Zahlung fällig und innerhalb von 10 Tagen nach Rechnungsstellung zu zahlen. Wird keine Rechnung gewünscht, ist das Honorar im Anschluss an die Sitzung in bar gegen Quittung zu zahlen.

Das unverbindliche Gebührenverzeichnis der Heilpraktiker (GebüH) aus dem Jahr 1985 wird nicht angewendet.

Es werden folgende Vergütungen vereinbart:

| Dienstleistungsart | Einheit | Preis netto/€ | +MWSt/% |
|---|-------------------|---------------------|---------|
| | | | - |
| ANA – 1 (Anamnese/Erstgespräch) | 60 min. | 120 | |
| BER – G (generelles Beratungsgespräch) | 60 min. | 120 | |
| AFS-DYS -1 (Dyskalkulietestung per Computer Auswertung/Besprechung/Trainingsmappe/-plan) | 60 min+ 20 min | 150 | |
| DYS K -2 (Dyskalkulietraining nach AFS) | 60 min. | 120 | |
| LERN-1 (Lerncoaching) | 60 min. | 120 | |
| Coaching (Stressmanagement etc.) | 60 min. | 120 | |
| PÄD-GUT – 1 (Pädagogisches Gutachten/ Dyskalkulie/Rechenschwäche) | | Je nach Zeitaufwand | |
| THE - 1 (Therapie ACT o.a.) | 60 min. | 120 | |

| | | | |
|---|---------|-----------|-----------|
| | | | |
| <p>QEEG G – 1</p> <p>(QEEG Gehirnvermessung incl. Auswertung, Besprechung, Datenbericht)</p> <p>Gespräch 0,5 h</p> <p>0,5 h Aufnahme</p> <p>Auswertung 1,5 h</p> <p>Nachgespräch, Ergebnisse 0,5 h</p> <p>Kurzauswertung schriftlich</p> <p>Trainings/Therapieplan...0,5 h</p> <p>ausführlichen Bericht ca. 40 S. auf Anfrage</p> <p>Anamnese über 0,5 h, anteilig (s.o.)</p> | | 410 | |
| <p>Leihgeräte</p> <p>auf Anfrage</p> | pro Tag | 6 | +19%MWSt. |
| Fahrten | | | |
| Anreise: Kilometergeld oder pauschal je nach Patientenvertrag | | 0,50 c/km | |

Stand 06/24, Änderungen vorbehalten

Buch: "Wenn das Gehirn meines Kindes anders tickt" 16,95 € , Leseschablone 9,80 €

Bei Hausbesuchen werden die Fahrtkosten mit 0,50 € berechnet oder pauschal, je nach Vereinbarung. MWSt. je nach Land (Österreich 20% oder Deutschland 19%).

§ 3 Aufklärung / Hinweise

Der Klient wird auf folgende Punkte hingewiesen:

- Die Behandlung ersetzt eine ärztliche Diagnose und Therapie nicht vollständig. Sofern ärztlicher Rat erforderlich ist, sei es aufgrund der Art der Erkrankung oder aufgrund gesetzlicher Vorschriften, wird sofort eine Weiterleitung an einen Facharzt veranlasst. Ein Heilversprechen kann nicht gegeben werden.
- Eine schriftliche Einwilligung ist erforderlich, wenn die Erteilung einer Auskunft des Therapeuten an Dritte erfolgt.
- Die gesetzliche Krankenversicherungen (GKV) übernehmen nicht die Behandlungskosten des Heilpraktikers für Psychotherapie.
- Versicherte bei privaten Krankenkassen mit Voll- oder Zusatzversicherung können einen Erstattungsanspruch ihrer Behandlungskosten gegenüber ihrer Versicherung haben. Dieser ist vor Beginn der Therapie vom Patienten abzuklären. Ebenso hat dieser das Erstattungsverfahren mit seiner Privatkrankenversicherung stets eigenverantwortlich durchzuführen. Hierzu erforderliche Unterlagen (u.a. Rechnungen) händigt der Heilpraktiker dem Patienten (beihilfeberechtigten Personen in doppelter Ausfertigung) aus.
- Die Erstattungen der PKV oder ggf. der staatlichen Beihilfe sind in der Regel auf die Sätze des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker beschränkt. Etwaige Differenzen zwischen den Beträgen aus Gebührenverzeichnis und dem vertraglich vereinbarten Heilpraktiker-Honorar sind vom Patienten zu tragen. Die Ergebnisse sämtlicher Erstattungsverfahren haben keinerlei Einfluss auf das vereinbarte Heilpraktiker-Honorar. Der Honoraranspruch des Therapeuten ist vom Patienten unabhängig von jeglicher Versicherungs- und/oder Beihilfeleistung in voller Höhe zu begleichen.
- Befolgung der Therapieempfehlungen wird vorausgesetzt, sowie Eigenverantwortlichkeit.
- Da wir unsere Zeit für ihren Therapieerfolg und nicht mit unnötigen bürokratischen Dokumentenerstellen und Diskussionen verbringen wollen, werden die Kosten transparent kommuniziert, sollte eine Behandlung zustandekommen.
- Die Aufsichtspflicht ihres Kindes endet an der Praxistüre.
- Telefonische Sprechzeiten sind Montag-Freitag nach Vereinbarung.

§ 4 Ton- und Bildaufzeichnungen

Bei Fernsitzungen bedarf es für Aufzeichnungen im Rahmen der Sitzung, in jedem Fall der vorherigen Zustimmung beider Seiten. Gleiches gilt dann auch für die spätere Verwendung der Aufzeichnung. Sollte es keine vorherige Vereinbarung geben, sind Aufzeichnungen für beide Seiten nicht erlaubt.

§ 5 Ausfallhonorar

Versäumt der Klient einen fest vereinbarten Behandlungstermin, schuldet er ein Ausfallhonorar in 100 % Höhe des Betrages, der dem extra für Sie reservierten Zeitfenster entspricht. Dies gilt nicht, wenn der Klient mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin absagt oder ohne sein Verschulden am Erscheinen verhindert war. Der Nachweis, dass kein Schaden oder nur ein wesentlich niedrigerer entstanden sei, bleibt hiervon unberührt, ebenso der Nachweis eines höheren Schadens durch den Therapeuten.

§ 6 Gerichtsstand

Meinungsverschiedenheiten sollten gütlich beigelegt werden. Beschwerden, Gegenvorstellungen oder abweichende Meinungen sollten immer schriftlich der anderen Partei vorgelegt werden. Bei Meinungsverschiedenheiten aus dem Behandlungsvertrag, die trotz beiderseitigen Bemühungen nicht gütlich beigelegt werden, ist der Gerichtsstand Ebersberg.

§ 7 Schlussbestimmungen

Die Behandlung, auch Fernberatung enthebt den Patienten nicht, die vollen Verantwortung für seine Handlungen selbst zu übernehmen. Um bei möglichen Störungen gemeinsam nach Abhilfe zu suchen, verpflichtet sich der Klient sich zeitnah zu melden. Eigenverantwortliche Mithilfe bei der Therapie wird vorausgesetzt um Erfolg zu erzielen. Dies ersetzt keinen Facharztbesuch, aber gerne kooperieren wir.

Für diesen Behandlungsvertrag, bzw. dessen Durchführung gilt ausschließlich deutsches Recht. Abweichende Vereinbarungen zu diesem Behandlungsvertrag sind nur dann wirksam, wenn sie schriftlich vereinbart wurden.

Ich habe den Behandlungsvertrag gelesen oder erklärt bekommen, verstanden und stimme ihm hiermit zu. Ich habe eine Ausfertigung erhalten.

Markt Schwaben, den _____ .2024

Unterschrift des Patienten / der Patientin (oder des / der Erziehungsberechtigten)

§ 8 Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutzverordnung (DS-GVO)

Patienteninformation nach Art. 13 DSGVO

Gemäß der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) bin ich verpflichtet, Sie über die in meiner Praxis erhobenen Daten zu informieren, den Zweck der Datenverarbeitung zu nennen und sie über ihre Rechte in Bezug auf den Datenschutz aufzuklären.

Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen (Art. 13 Abs. 1a DS-GVO)

Brainhealth Praxis für Neuropsychotherapie Sabine Kaiser-Röhrich Finsinger Au 3, 85570 Markt Schwaben Tel. 0049 (0)1797991137 / info@brain-health.de

Zweck und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung (Art. 13 Abs. 1c DSGVO)

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und mir als Heilpraktiker erfüllen zu können.

Bei den erhobenen personenbezogenen Daten handelt es sich unter anderem um ihre Kontaktdaten, das Geburtsdatum, den Leistungsträger sowie ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen unter anderem Diagnosedaten, Befunde und Therapieempfehlungen. Diese Daten werden auch zum Zweck der Abrechnung mit externen Versicherungen und Zahlungsdienstleistern verwendet.

Die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung der Kontaktdaten ist im Art. 6 Abs. 1b DSGVO (Vertragserfüllung) begründet. Die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung der Gesundheitsdaten ergibt sich aus dem Art. 9 Abs. 2a DSGVO (Einwilligung).

Datenübermittlung an Dritte (Art. 13 Abs. 1e DSGVO)

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem externe Versicherungen und Zahlungsdienstleister sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der erbrachten Leistungen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

Übermittlung in Drittländer (Art. 13 Abs. 1f DSGVO)

Es erfolgt keine Übermittlung in ein Drittland.

Speicherdauer gemäß gesetzlicher Aufbewahrungspflichten (Art. 13 Abs. 2a DSGVO)

Ihre personenbezogenen Daten werden nur gespeichert, solange die Kenntnis der Daten für die Zwecke, für die sie erhoben worden sind, erforderlich ist oder gesetzliche sowie vertragliche Aufbewahrungsvorschriften bestehen.

Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Datenübertragbarkeit und Widerspruch (Art. 13 Abs. 2b DSGVO)

Als Betroffene/r haben Sie jederzeit das Recht auf Auskunft und Berichtigung. Unter bestimmten Voraussetzungen haben Sie das Recht auf Löschung Ihrer Daten, auf Einschränkung der Verarbeitung, sowie ein Recht auf Datenübertragbarkeit. Bitte wenden Sie sich hierzu an den Verantwortlichen unter den angegebenen Kontaktdaten.

Beschwerderecht (Art. 13 Abs. 2d DSGVO)

Als Betroffene/r können sie sich bei Beschwerden jederzeit an die zuständige Aufsichtsbehörde für den Datenschutz wenden.

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht Anschrift: Postfach 606, 91511 Ansbach Telefon: 098153-1300 E-Mail: poststelle@lda.bayern.de Internet: <http://www.la.da.bayern.de>

Einwilligungserklärung

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Einwilligung auf meiner freiwilligen Entscheidung beruht. Ebenso ist mir bekannt, dass ich meine Einwilligung, soweit nachstehend keine abweichenden Vereinbarungen getroffen sind, jederzeit für die Zukunft widerrufen kann. Vor dem Widerruf erfolgte Nutzungen und Verarbeitungen bleiben von dem Widerruf unberührt.

Hinweis: Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass bei Telefon- und Video-Sprechstunden die Sicherheit der gewählten Kanäle seitens der Praxis nicht gewährleistet werden kann und versichere hiermit, die Praxis nicht regresspflichtig zu machen, falls es aufgrund von etwaigen Sicherheitslücken zu unbefugtem Informationsfluss durch Dritte kommen sollte. Die strikte Einhaltung der Schweigepflicht des Therapeuten und der Praxis jedoch bleiben hiervon unberührt.

Die Vorschriften des Datenschutzes (BDSG, DS-GVO) verlangen eine Einwilligung in die Datenspeicherung und Datenverarbeitung. Daher bitte ich Sie, diese Einwilligung zu unterschreiben.

Hiermit willige ich ein, dass die notwendigen Daten zum Zweck der Dokumentation und Abrechnung erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.

Markt Schwaben, den _____.2024

Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten

Rechte des Betroffenen: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht

Sie sind gemäß § 15 DS-GVO jederzeit berechtigt, gegenüber mir (uns) um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß § 17 DS-GVO können Sie jederzeit gegenüber mir (uns) die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen. Die Löschung kann aber frühestens nach der gesetzlichen Frist erfolgen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an mich (uns) übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Ich /wir möchten gerne ein private Rechnung____ oder einen Heilpraktikerrechnung (19./16./Gebührenziffern)_____

Europäisches Recht, geprüft durch Rechtsanwalt Dr. Krapf und Hr. Brodskic und dem VFP (Verband für freie Psychotherapeuten).